Ein seltener Fall von Carcinoma penis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

im Juli 1893

von

Otto Joachim,
approbierter Arzt
aus Dortmund.

Erlangen.
K. b. Hofbuchdruckerei von Aug. Vollrath.
1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr Professor Dr. von Heineke.

Noch immer ist der Streit über die Herkunft der Krebszellen — ob vom Epithel oder vom Bindegewebe — nicht abgeschlossen. Zwar hat sich der numerisch stärkere Teil der Forscher der erstgenannten, hauptsächlich von Waldeyer vertretenen Ansicht angeschlossen, der andere jedoch, zwar schwächer, aber nicht minder gewichtige Namen zu seinen Anhängern zählend, behauptet noch immer ihre Abstammung von den Zellen des Bindegewebes.

Wie schwierig bei dieser noch durchaus unsicheren Definition des zu bestimmenden Objektes, des Begriffes des Carcinoms selbst, es ist, über die Veranlassung des Entstehens der Krebskrankheit Klarheit zu schaffen, bedarf der Erläuterung nicht.

Einige Autoren machen eine bestimmte körperliche Anlage, eine eigentümliche „Krebsdiathese“ hiefür verantwortlich und stützen ihre Anschauung auf die Beobachtung gewisser konstitutioneller Verhältnisse, welche allerdings bei Krebskranken oft gefunden werden. Zum teil jedoch stellen sich jene als durch die Krankheit bedingt, und nicht sie bedingend heraus, zum teil sind sie wegen ihrer Unbestimmtheit kaum diskutabel.

Beneke[1]) weist darauf hin, dass Krebskranke zu Beginn ihres Leidens häufig recht wohlgenährte Personen seien, bei denen eine gewisse Weite des arteriellen

[1]) Die im Texte angeführten Ziffern verweisen auf die am Schlusse angefügte Litteratur.

können, wie weit das eigentliche Wesen der Krankheit noch unserem Verständnis entrückt ist. Um mit v. Volkmann[4]) zu reden, sind „vorläufig unserer Erkenntnis nur eine Reihe wahrscheinlich minderwertiger und accessorischer Faktoren zugänglich, deren Bedeutung im Sinne von Gelegenheitsursachen wohl eine grosse sein mag, namentlich da, wo mehrere derselben zusammentreffen, die aber immer noch nicht das grosse Rätsel lösen, warum es gerade zur Geschwulstentwicklung kommt".

Infolge seiner besonderen anatomischen Lage, der Zugänglichkeit bei der Untersuchung, insbesondere aber wegen der gerade hier oft und gut zu konstatierenden und vorkommenden Gelegenheitsursachen, nimmt das Carcinom des männlichen Gliedes eine Stellung unter den Krebsen ein, die es vielleicht geeignet macht, dereinst einiges Licht in die dunkle Krebslehre zu bringen. Schon manchen interessanten Fall finden wir in der Litteratur aufgezeichnet, und es ist wünschenswert, dass anderweitige einschlägige Beobachtungen gesammelt werden. Auch wir werden im Folgenden einen derartigen Fall, der in der Erlanger Klinik zur Operation kam und der uns durch die Freundlichkeit des Herrn Professor von Heineke zu sehen und zu beobachten gestattet wurde, des Näheren beschreiben und damit einen Beitrag zu dem schon vorhandenen Materiale liefern. Vorher jedoch wollen wir uns kurz das Wichtigste des über den Gliedkrebs Bekannten ins Gedächtnis zurückrufen.

Paget und Sibley[5]) geben das Häufigkeitsverhältnis des Peniscarcinoms zu dem Krebse anderer Organe mit 1 : 100 an, Billroth[6]) mit 3,01 % und Winiwarter[7]) mit 2,55 %. In Birch-Hirschfelds Lehrbuch der allgem. pathol. Anatomie wird der Krebs der äusseren Geschlechtsteile, nicht speziell der Peniskrebs, an neunter Stelle bezüglich seiner Häufigkeit

genannt, und in Eulenburgs Realencyclopädie der gesamten Heilkunde heisst es von ihm, er sei die häufigste Neubildung am Penis. Wie man sieht, variieren die Angaben nicht unerheblich.

Ihrer Natur nach unterscheiden sich die Peniskrebse in keiner Weise von den Hautkrebsen anderer Körperregionen. Sowohl das Cancroid als der tiefgreifende Hautkrebs kommen vor.

Der Beginn der Neubildung ist fast stets am Präputium oder der Glans, selten vom Urethralepithel ausgehend, häufiger im Corpus cavernosum. Die fibrösen Hüllen der Schwellkörper bieten dem vordringenden Carcinom oft lange ein Hindernis, sodass sich häufig der Verlauf ganz anders gestaltet, wenn der Krebs von der Haut ausgeht, als wenn er in einem Schwellkörper seinen Anfang genommen hat. Sehr widerstandsfähig gegen die krebsige Neubildung ist auch die Wand der Harnröhre. Es kommt deshalb auch oft lange nicht, oder überhaupt nicht, zur Behinderung des Harnabflusses.

Die Dauer des Gesamtverlaufes wird verschieden angegeben. H. E. Schmidt[9]) giebt sie auf 1—10 Jahre an, Demarquay auf 6 Monate bis 20 Jahre; er benutzt dabei ein Material von 20 Fällen. Bei zwei Patienten, welche Fähndrich[10]) erwähnt, währte die Krankheit einmal 17 Monate, das andere Mal 12 Jahre. Thiersch hat Beobachtungen zur Verfügung mit einer Krankheitsdauer von $^1/_4$ Jahr bis zu 3 Jahren.

Die Lymphdrüsen können gewisse Zeit von der Infiltration verschont bleiben, doch scheint frühzeitige Erkrankung derselben die Regel zu bilden. Oft ist gewiss ja schon die Drüse krank, wenn es Palpation und Inspektion noch nicht verraten. Bei Teilnahme der Lymphdrüsen an der Erkrankung trübt sich die Voraussage erheblich, ja einige Autoren halten sie auch schon bei beginnender Drüseninfiltration für absolut infaust.

Der veranlassenden Momente zur Krebsentwicklung

am Penis werden viele angeführt. Das Organ ist ja auch recht vielfachen Schädigungen ausgesetzt, die im Sinne von Gelegenheitsursachen wirkend zu denken sind. Ganz unzweifelhafte Bedeutung kommt in der Beziehung der Phimose zu, mag sie angeboren oder erworben sein. Die bei dem Leiden fortwährend stattfindende Irritation des Präputium und der Eichel durch faulenden Urin und sich zersetzendes Sebum erklären das hinreichend. Auch Eitererreger siedeln sich häufig im Präputialsack an. Mechanische Insulte beim Coitus, durch juckendes Gefühl veranlasste Kratzeffekte, welche sich als kleine Einrisse im Stratum Malpighi und den oberflächlichen Schichten des Corium, sowie als Excoriationen, darstellen, bieten den chemischen und entzündlichen Irritamenten geeignete Eingangs- resp. Angriffspforten.

Unter 14 in der Bonner Klinik[11]) zur Beobachtung gekommenen Fällen fand Bausenbach zehn sicher auf Phimose zurückführbar. Demarquay wies die gleiche Ursache 42mal bei 65 Kranken nach, Hey 9mal bei 12, Ricord 12mal bei 58, dagegen fand sie Kaufmann unter 158 Fällen nur ein einziges Mal angegeben — ein Widerspruch, der auf die oft mangelhaften oder ganz fehlenden Erhebungen bezüglich der Vorgeschichte zurückzuführen sein dürfte. Selbstredend sprechen gegen die Bedeutung der Phimose für die Äthiologie des Carcinoms nicht Beobachtungen, wie sie z. B. von Travers und Erichson[8]) gemacht worden, von denen ersterer zweimal ein Carcinom bei Circumcidierten, letzterer einmal ein solches bei einem Individuum mit angeborenem Mangel der Vorhaut beobachtete; denn gewiss können ausser der Phimose auch noch andere Umstände ein Peniscarcinom hervorrufen. H. E. Schmidt[9]) sieht die Phimosenoperation auf grund seiner Erhebungen, die sich allerdings nur auf ein Material von 23 Fällen erstrecken, sogar als im Sinne eines Traumas direkt zum Krebs disponierend an.

Einmalige heftigere Traumen, wie Stoss, Schlag, Quetschung, werden öfters als Ursache angegeben, wenngleich solche Fälle Vorsicht in der Beurteilung erheischen. Immerhin giebt es eine Reihe solch prägnanter klinischer Erfahrungen, dass auch die Bedeutung solcher Alterationen anerkannt werden muss.

Welcher Einfluss hereditären Verhältnissen zukommt, ist noch vollständig unaufgeklärt. Westrum[12]) beschreibt einen Fall, wo die Mutter des Patienten an Gebärmutterkrebs gelitten, und Bruns einen solchen, wo die Mutter nachweisbar Brustkrebs gehabt hatte. Anamnestische Erhebungen sind im allgemeinen nur wenig eingehend auf diese Verhältnisse; es sei daher darauf aufmerksam gemacht, dass auch unser Fall einen neuen Beitrag liefert. Der Wert, welchen wir der das eine oder andere Mal konstatierten „Heredität" beilegen, wird vorläufig allerdings ein recht geringer bleiben müssen.

Interessant ist der Fall von Bruces, dessen Patient sein Peniscarcinom vom Beischlaf mit seiner an Gebärmutterkrebs kranken Frau herleitete. Diesen Fall, und ähnliche, wo an correspondierenden Stellen der Zahnfleisch- und Wangenschleimhaut Carcinom vorhanden war, führen die Anhänger eines krebserzeugenden Contagium vivum stets als Hauptstütze ihrer Ansicht an. Die Beobachtungen derartiger Vorkommnisse sind allerdings noch recht selten, zudem lassen sie sich auch durch Autotransplantation des Carcinoms auf die dasselbe berührende und vielleicht entzündlich alterierte oder mit Excoriationen versehene Schleimhaut erklären. Im Bruceschen Falle denkt man wohl überhaupt besser an ein ganz zufälliges Zusammentreffen der Erkrankung beider Personen. Bei der relativen Häufigkeit des Uteruscarcinoms wäre das gewiss die zwangloseste Erklärung.

Ein Papillom, ein Hauthorn oder eine sonstige gutartige Neubildung kann am Penis natürlich ebenso gut wie an anderen Stellen des Körpers in Krebs übergehen,

ja sogar besondere Neigung hiefür zeigen, weil sie hier einer ganzen Reihe von traumatischen, chemischen und sonstigen Schädlichkeiten ausgesetzt ist. Auf die analogen Verhältnisse bezüglich des Narbengewebes wiesen wir schon oben hin. Oft bleibt es unentschieden, ob wir im konkreten Falle das sicher nachgewiesene Trauma der Krebserzeugung beschuldigen sollen, oder die Narbe, welche nach der Verletzung bleibt. Einen Fall, wo sich $3^1/_2$ Jahre nach Excision eines Papilloms Krebs entwickelte, beschreibt Bruckhaus aus der Trendelenburgschen Klinik.[13])

Unter 65 Peniscarcinomen, welche Demarquay zusammenstellt, konnte er 10 mal sicher vorausgegangene Syphilis konstatieren. Seine Erhebungen machen einen Zusammenhang der beiden Krankheiten entschieden wahrscheinlich, doch leugnen andere Autoren einen solchen. So Hunter und Ricord[8]); auch Kaufmann findet sichere Lues bei seinen 158 Kranken nur einmal; Bausenbach notiert bei 38 Peniscarcinomen 3 mal Syphilis. Direkten Übergang luetischer in carcinomatöse Neubildung will Jäger[14]) beobachtet haben.

Tripper findet Kaufmann der Erkrankung 4 mal kurz vorhergegangen, einen gleichen Fall erwähnt Bausenbach aus der Litteratur.

Der für den Krebs so charakteristische Einfluss des höheren Lebensalters findet sich auch beim Gliedkrebs wieder. Bezüglich des Alters zwischen 10 und 20 Jahren finde ich in der Litteratur überhaupt nur 2 Angaben. Die eine betrifft den unten eingehend dargestellten Weirschen Fall, die andere ist ohne jedes Eingehen auf die Krankheitsgeschichte ganz kurz in der Dissertation von Blech (Erlangen 91/92) notiert. Für die folgenden Altersklassen ordnet sich das Vorkommen nach Angaben von Demarquay (97 Fälle), Zielewicz (45), Bruckhaus (158) und Kaufmann (130) wie folgt:

	D.	Z.	B.	K.
20—30	9	1	2	5
30—40	14	6	15	9
40—50	18	15	44	32
50—60	23	13	44	45
60—70	23	7	36	27
70—80	10	3	16	9
80—90	—	—	1	3.

Die Zahlen zeigen, dass das 40. bis 70. Lebensjahr dem Gliedkrebs am meisten ausgesetzt ist. Zwischen 80 und 90 Jahren ist die Anzahl der Erkrankungen nur gering, offenbar, weil auch nur wenig Menschen dieses Alter erreichen.

Ricord sah kein Carcinoma penis vor dem 40. Jahre; er hält es für am häufigsten vorkommend zwischen 60 und 70 Jahren.

Im zweiten Lebensdecennium kommt der Gliedkrebs jedenfalls recht selten vor, wobei noch der Umstand ins Gewicht fällt, dass die Zahl der Lebenden dieses Zeitabschnittes nicht unerheblich die der folgenden Jahrzehnte überwiegt. Ein Peniskrebs, welcher bis zum 30. Jahre entstanden ist, ist immer eine Seltenheit, und in dem Sinne lassen wir den angekündigten Fall hier folgen. Ergänzend wollen wir noch aus einer englischen Statistik hinzufügen[15]), dass nach ihr unter 23 Peniskrebsen einer ein Individuum von unter 30 Jahren betraf; unter 14 in Bonn beobachteten Fällen fand sich kein gleicher.[11])

Sebastian Mayer, 24 Jahre alt, Friseur aus Bamberg, kam am 27. April d. J. in die chirurgische Klinik zu Erlangen mit folgenden Angaben: Der Vater ist im Alter von 55 Jahren an Magen- und Leberkrebs gestorben, die Mutter wurde vor 15—16 Jahren einmal wegen eines Unterleibsleidens operiert, dessen Natur Patient nicht kennt; sie ist jetzt gesund. Das letztere gilt auch bezüglich der sämtlich noch lebenden Geschwister des

Patienten. Als ganz kleines Kind machte er 2 — 3 mal „Lungenentzündung“ durch; auch weiss er, dass ihm in seinen Kinderjahren ärztlicherseits Leberthran verordnet wurde. Mit 16 Jahren erkrankte er an einer Blinddarmentzündung, welche ihn 3 Monate ans Bett fesselte. Im Jahre darauf trat er als Dreijährig-Freiwilliger bei der Infanterie ein und musste kurz nach seinem Dienstantritt noch einmal Blinddarmentzündung durchmachen. Er lag 43 Tage im Bamberger Garnisonlazarett. Im ersten Dienstjahre acquirierte Mayer ferner noch einen Tripper, welcher aber nach 3 Wochen vollständig verheilt war. Eine Vorhautverengerung, infolge deren keine vollständige Entblössung der Eichel möglich gewesen wäre, will Patient nie gehabt haben; auch seien nach dem Tripper keine Feuchtwarzen vorhanden gewesen. Lues wird negiert. Nach $2^1/_2$ jähriger Dienstzeit wurde der Patient wegen des Todes seines Vaters entlassen und war damals vollständig gesund.

Sein jetziges Leiden begann vor $^5/_4$ Jahren. Er bemerkte damals, dass die Vorhaut auf dem inneren Blatte, nach vorn zu, kleine harte Knötchen trug, welche etwas nässten. Nach Verlauf von vier Wochen fragte er dieserhalb einen Arzt, welcher Überschläge von Goulardschem Wasser verordnete. Eine Besserung trat nicht ein, vielmehr wurden die anfangs nur ganz kleinen Knötchen grösser, gingen zum teil in einander über und nässten stärker. Auch auf die Eichel griff die Schwellung über und verwandelte sie mit der Zeit in eine geschwürige Masse. In der linken Leistengegend war kurz nach der Erkrankung eine harte Geschwulst entstanden, die sich langsam vergrösserte und allmählich etwa die Grösse eines Hühnereies erlangte. So war der Zustand um die Mitte Januar des Jahres. Da die Sache sich unter der Behandlung des bisherigen Arztes sehr verschlimmert hatte, konsultierte Patient einen zweiten, welcher sofort eine Operation vorschlug, die er denn

auch nach wenig Tagen in Gemeinschaft mit dem früher behandelnden Arzte ausführte. Der Patient giebt an, dass durch dieselbe die Eichel entfernt worden sei. — Die Amputation derselben half jedoch nichts, allmählich wurde das ganze Glied geschwürig.

Schmerzen hat der Patient schon bald nach Beginn des Leidens gespürt. Sie waren zuerst unbedeutend, verschlimmerten sich aber bald und strahlten besonders heftig unter den Hodensack aus. Seit Weihnachten will er keine ordentliche Nachtruhe mehr gehabt haben. Der Leistendrüsentumor habe verhältnismässig nur wenig Beschwerden verursacht, eigentliche Schmerzen gar nicht. Sehr quälend sei der widerliche, faulige Geruch des geschwürigen Gliedes. — Mayer ist verheiratet, seine Frau ist gesund, speziell nicht unterleibsleidend; Kinder hat er nicht gezeugt. Er ist nach seiner Angabe in seinem allgemeinen Ernährungszustande gegen früher während seiner Krankheit sehr zurückgekommen, insbesondere aber in der letzten Zeit. Auch der Appetit war schlecht. — Urinbeschwerden wurden nie wahrgenommen.

Mayer sucht die Klinik auf, um sich operieren zu lassen.

Status praesens vom 28. IV. 93. Mässig genährter, mittelgrosser Mann mit mittelmässig entwickelter Muskulatur und mittelmässig starkem Fettpolster. Hautfarbe gelblich-weiss, nicht icterisch. Herz und Lungen sind gesund, der ohne Anstrengung entleerte Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. — Der Penis ist in eine faustgrosse, unregelmässige Masse verwandelt, die sich fast von allen Seiten ausserordentlich hart anfühlt, nur nach unten zu etwas weich und, wie es scheint, dort durch einen Hohlraum unterminiert ist. An dieser Masse finden sich 6 Geschwürsflächen, von denen die kleinsten den Umfang eines Stecknadelknopfes haben, die grösste 9 cm lang und 4 cm breit ist. Diese Geschwürsfläche lässt eine Masse hervortreten, die einer papillösen

Wucherung ähnelt, an vielen Stellen aber oberflächlich geschwürig zerfallen und mit einem gelbbraunen Schorfe bedeckt ist. Die Ränder dieser Geschwüre sind zum teil aufgeworfen und umgeworfen. Zwischen dem unteren Rande des grössten Geschwüres und der Haut besteht ein schon oben angedeuteter Hohlraum, eine grosse von vorn her zugängliche Tasche, aus der beim Urinieren auch der Urin abfliessen soll. Die zuerst angegebene unregelmässige Masse erstreckt sich bis zur Wurzel des Penis an der Symphyse. Daran schliesst sich nach links, der Richtung des Poupartschen Bandes folgend, ein faustgrosser, auf der Unterlage beweglicher, offenbar aus den Leistendrüsen hervorgegangener Tumor, mit dem die Haut grösstenteils verwachsen ist. Dieser Tumor fühlt sich nicht ganz so hart an wie die am Penis vorhandene faustgrosse Masse. Er hat eine Länge von 13 cm und eine Breite von 7 cm. — Das Abdomen zeigt nichts Besonderes. Rechterseits besteht eine etwa haselnussgrosse Leistendrüsenschwellung. Der Stuhlgang ist normal. Der Penistumor verbreitet einen widerwärtigen, fauligen Geruch.

Diagnose: Carcinoma penis et glandularum inguinalium sinistrarum. Carcinom einer rechtsseitigen Leistendrüse.

Am selben Tage wird nach Säuberung des Operationsfeldes und Einleitung der Chloroformnarkose zur Entfernung der Neubildung geschritten. — Zunächst wird von der Symphyse bis in die Gegend der Spina ant. sup. Ossis Ilei durch zwei bogenförmig geführte Schnitte der mit dem Tumor der linken Leistendrüsen verwachsene Teil der Haut umschnitten und der Tumor in seiner Totalität herausgeholt. Er reicht bis auf die Scheiden der grossen Gefässe, kann aber, freilich nicht ohne Mühe, von seiner Nachbarschaft abpräpariert werden. Sichtbare Teile der Geschwulst bleiben nicht zurück. — Die grosse Leistenwunde wird mit Jodoformgazetampon ausgestopft

und sofort die Exstirpation des Penistumors darangeschlossen. Dies geschieht in der Weise, dass vom Ende der vorhandenen Wunde an der Symphyse aus die Penisgeschwulst an ihren Grenzen umschnitten und alsdann unter starker Hervorziehung herauspräpariert wird. Dabei zeigt sich, dass der Tumor sich bis an die hintere Grenze der Corpora cavernosa erstreckt und erst hinter ihr die Amputation vorgenommen werden kann. Die hier hinten nicht infiltrierte Harnröhre wird, um ein möglichst langes Stück zu gewinnen, etwa 3 cm weit aus der Geschwulst herausgelöst und durch einige Nähte an der Haut des Scrotum fixiert, alsdann die Abtragung des Penistumors vollendet und die Harnröhre, deren untere Wand gespalten ist, ringsherum in die Scrotalhaut eingenäht.

Nachdem so die eigentliche Operation vollendet, wird die Haut des Scrotum, soweit sie wegen der Grösse des Tumors aufgeschnitten werden musste, wieder vernäht, sodann die Haut über der Symphyse durch starke Nähte zusammengezogen und ebenfalls die äussere Hälfte der grossen Leistenwunde geschlossen. Die der Symphyse zunächst gelegene Hälfte bleibt zum Abfluss der Sekrete offen und wird mit Jodoformgaze ausgefüllt.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung bestätigt die klinische Diagnose. Die Neubildung ersetzt das ursprüngliche Gewebe des Penis fast vollständig, nur unten an der Geschwulst findet sich noch in geringer Ausdehnung ursprüngliche Penishaut. Die Schnittfläche ist gelblich-weiss und lässt einen rahmähnlichen Saft von sich abstreifen. Die Harnröhre ist nicht strikturiert, eine in die hintere Öffnung injizierte Quantität Wassers entleert sich leicht aus der Öffnung der oben beschriebenen Tasche, welche die vordere Harnröhrenmündung darstellt. Der Verlauf der Urethra ist jedenfalls kein gerader, da es nicht gelingt, ihn mit einer harten Sonde zu verfolgen. Der Leistendrüsentumor stellt sich als eine dunkelrot

aussehende, krümelige, nur locker zusammenhängende Masse dar, in welcher nur noch einzelne Knoten von festerer Konsistenz vorhanden sind; er ist stark im Zerfall begriffen. Die genannten Knoten sehen ebenfalls weiss-gelblich auf der Schnittfläche aus und lassen ebenfalls einen rahmähnlichen Saft von ihr abstreifen. Mikroskopisch erscheinen in frischen Strichpräparaten, sowohl des primären als auch des sekundären Tumors, Zellen, deren epithelialer Charakter nicht ohne weiteres einleuchtet. Sie sind in starkem fettigen Zerfall begriffen. Am gehärteten Präparate sieht man deutliche Nester von Plattenepithelzellen, deren einzelne Elemente hie und da grösser oder kleiner sind, wie die Durchschnittsgrösse beträgt, und welche auch hinsichtlich ihrer Gestalt nicht allesamt übereinstimmen. Nach der noch erhaltenen Haut zu erblickt man Zellen, deren Kerne in deutlicher Teilung begriffen sind und recht schöne Teilungsfiguren erkennen lassen.

Der beschriebene Fall erweckt unser Interesse in mehr als einer Beziehung. Zunächst imponiert die auffallende Grösse der Penisgeschwulst. Solch grosse Krebstumoren kommen am Gliede selten zur Beobachtung, da dieselben sonst frühzeitig in ihren älteren Partieen zu zerfallen pflegen. Berücksichtigen muss man auch noch, dass erst im Januar die Eichel amputiert worden. Noch mehr Interesse aber, als die Grösse des Tumors, erregt das jugendliche Alter des daran Leidenden. Wir haben uns schon oben des weiteren über das Verhältnis des Gliedkrebses zu den verschiedenen Altersklassen ausgelassen und gelangten zu dem Resultate, dass derselbe weit vorwiegend eine Krankheit der höheren Jahre sei, vor dem 30. Lebensjahre aber als eine grosse Seltenheit bezeichnet werden müsse. In der uns zugänglichen Litteratur finden wir im ganzen nur zwei dem unsrigen ähnliche Fälle beschrieben. Wir reihen sie zur Vergleichung hier an und werden sehen, dass sie sich

doch in einem wesentlichen Punkte von dem unserigen unterscheiden, indem bei dem einen Fall eine Quetschung des Gliedes, bei dem anderen der Biss eines Pferdes die Ursache der Neubildung ist, während unsere Krankengeschichte eine genügend begründbare Ursache absolut vermissen lässt. Denn weder auf die hereditären Verhältnisse, d. h. die Thatsache, dass der Vater des Patienten an Magen- und Leberkrebs gestorben, können wir viel Gewicht legen, noch auf den vom Patienten während seiner Militärzeit durchgemachten Tripper. Eine Phimose oder Feuchtwarzen sind ihm nicht nachgefolgt, vielmehr wird ausdrücklich betont, dass die ganze Krankheit nach dreiwöchigem Bestehen vollständig geheilt war. Immerhin ist es interessant, dass unser Fall bei den spärlich vorhandenen Notizen über Peniscarcinome, bei denen sich anamnestisch ein Carcinom der Eltern nachweisen lässt, einen Beitrag hiezu liefert. Unseren Standpunkt in der Frage haben wir schon ausgesprochen.

Der Weirsche Patient (16) war ein 18jähriger junger Mensch, der sich 4 Monate vor der Untersuchung bei einem Sturze von der Leiter eine starke Quetschung des Penis mit Ecchymosen an der Unterseite desselben, aber ohne Blutung der Harnröhre, zugezogen hatte. Das Glied schwoll an, wurde nach drei Wochen recht schmerzhaft, bekam Hitze und sichtbare Pulsation; die Vorhaut war glänzend gespannt. Aus deren Öffnung, welche nicht der Harnröhre entsprach und verengert erschien, floss seit drei Wochen stinkende, jauchige Flüssigkeit ab. Der Urinstrahl war seit Beginn der Schwellung sehr klein, und die Entleerung erforderte heftige Anstrengung. Bei der Aufnahme war der Penis höckerig, dauernd erigiert, sehr vergrössert, 14 cm lang, im Umfang über der Mitte 18, über der Eichel 14 cm messend. Die Haut war normal, nur etwas verdünnt, die Geschwulst ging nicht über die Wurzel des Penis hinaus und war auf die Corpora cavernosa beschränkt, stellen-

weise hervorragend, wo die Scheide derselben verdünnt war oder nachgegeben hatte. Die Venen waren sehr zahlreich und stark geschwollen, das ganze Organ deutlich pulsierend, die Inguinaldrüsen rechterseits geschwollen und eine derselben taubeneigross, empfindlich, an der Spitze blaurot. Die Drüsen linkerseits gleichfalls geschwollen aber weniger stark. Im Gegensatz zu der Grösse des Gliedes waren die Hoden ganz klein, wie Schusserkugeln, die Pubes haarlos, der ganze Körper wenig entwickelt. Das übrige Befinden hatte durch die Krankheit angeblich nur wenig gelitten. Wegen zunehmender Harnbeschwerden wurde am 15. Februar der äussere Perinealschnitt gemacht. Nach Eröffnung der Vorhaut erschien die Eichel sehr vergrössert, und es zeigte sich an der linken Seite der Corona Glandis eine unregelmässige, weiche, leicht blutende fungoide Wucherung. Während durch diese Operation die gewünschte Erleichterung des Urinierens erzielt wurde, nahm die Wucherung immer mehr überhand, doch konnte die Krankheit nicht bis zu Ende beobachtet werden, da die Verwandten den Kranken nach seiner entfernten Heimat brachten, wo er nach 7 Monaten starb, nachdem ein Einschnitt in die geschwollenen Drüsen der rechten Seite, die fälschlich für ein Abszess gehalten worden waren, eine reichliche Blutung zur Folge gehabt hatte.

Der andere Fall mit ebenfalls ausgesprochener Ätiologie ist in der v. Langenbeckschen Klinik beobachtet und von Krönlein[17]) mitgeteilt worden. Er betraf den 26 Jahre alten Gestütswärter Joseph Zugehör. Derselbe wurde etwa 7 Monate vor dem Aufsuchen der Klinik von einem wildgewordenen Pferde am Penis erfasst, gebissen und dann zur Erde geworfen. Das Präputium war beinahe ganz abgerissen und musste von einem Arzte entfernt werden. Die Glans war nur oberflächlich verwundet. Die Wunden vernarbten sehr schnell bis auf eine etwa erbsengrosse Stelle, welche

noch granulierte, als Pat. 2 Monate später beim Reiten von dem scheu gewordenen Pferde gegen den Sattelknopf geworfen wurde, sodass die bereits verheilte Narbe wieder aufbrach. Von da an heilte die Wunde nicht mehr zu. Pat. liess sich deshalb am 13. XII. 75 in die Klinik aufnehmen. Jegliche Infektion stellt er entschieden in Abrede. — Die von der Vorhaut nicht bedeckte Eichel zeigt in ihrer unteren Seite eine ausgedehnte Geschwürsfläche mit ausgezackten Rändern; das Frenulum ist zerstört, das Orificium Urethrae ebenfalls von Ulcerationen umgeben. An der Corona Glandis greift das Geschwür auf die Reste des Präputium über und umfasst ringförmig den ganzen Penis. Sowohl die Glans selbst als auch die Haut des Penis bis etwa 3 cm hinter der Corona Glandis fühlen sich infiltriert an, dagegen fehlen jegliche Zeichen erheblicher Entzündung in der weiteren Umgebung des Geschwürs. Entfernt man das dünne eitrige Sekret, so liegen überall blassrosarote, grobkörnige Granulationen zu tage. Die Lymphdrüsen beider Inguinalgegenden sind nur wenig vergrössert. Pat. empfindet in den unterminierten Geschwürsrändern so heftige Schmerzen, dass er schon seit Wochen ohne Morphiuminjektion nicht schlafen kann. — Auf den ersten Blick glaubt man einen phagedänischen Schanker vor sich zu haben. Man scheut sich, bei dem jugendlichen Alter des Pat. ein Carcinom anzunehmen, doch ergiebt die Untersuchung eines exzidierten Stückes zweifellos ein solches. — Der Fall gelangte nach der Absetzung des Gliedes zur Heilung. —

Die beiden Krankengeschichten erklären sich von selbst, es ist überflüssig, ihnen noch weitere Erläuterung beizufügen. Nur darauf sei noch aufmerksam gemacht, dass der Weirsche Patient wahrscheinlich eine Phimose vor der Erkrankung an Krebs besass. Wir glauben es wenigstens aus dem Bericht schliessen zu müssen. Der

Bedeutung des Traumas als ätiologisches Moment würde das jedoch keinen Eintrag thun.

Es erübrigt noch die Schilderung der weiteren Schicksale unseres Patienten. Am 29. IV., also am Tage nach der Operation, wird der Verband gewechselt und ein frischer Tampon in die Wunde der Leistenbeuge eingeführt. Der Urin wird durch einen Nélaton entleert, was ohne Mühe möglich ist. Das Allgemeinbefinden ist gut.

5. V. 93: Die Brücke über der Wundhöhle in der Leistenbeuge hat nicht stand gehalten; die Nähte haben zum teil durchschnitten, zum teil sind auch die beiderseitigen Hauträndер gangränös geworden. Infolgedessen Entfernung sämtlicher Nähte, sodass die breite Wunde klafft. Gute Granulation, mässige Sekretion. Die Wundhöhle hat sich schon bedeutend verkleinert. Die Wunde über der Symphyse ist per primam geschlossen, ebenso die Harnröhre vollkommen reaktionslos in die Scrotalwunde eingeheilt. Der Urin wird spontan ohne Beschwerde und Schmerz entleert.

13. V. 93: Die Heilung ist bis jetzt in völlig normaler Weise von statten gegangen, doch ist heute ganz spontan ein starker Schüttelfrost aufgetreten, für dessen Entstehung eine Ursache nicht aufgefunden werden kann. Herz und Lungen gesund, Abdomen normal, Stuhl regelmässig, Urin kein Eiweiss; keine Cystitis. Wunde reaktionslos, gutes Allgemeinbefinden, ziemlich guter Appetit.

18. V. 93: Neuer Schüttelfrost.

27. V. 93: Die Wunde hat sich bedeutend verkleinert, granuliert frisch und könnte nun durch Sekundärnaht geschlossen werden; allein Pat. hat offenbar Angst und will durchaus entlassen werden. Die Herausnahme des rechtsseitigen kleinen Drüsentumors, die wegen schwacher Herzaktion nicht gleich mit vorgenommen wurde, unterbleibt daher ebenfalls. Sein Allgemeinbefinden ist

gut, Fröste sind nicht wieder aufgetreten. In der Wunde zeigt sich kein Recidiv.

Nach Verlauf zweier Monate, am 27. Juni, schrieb ich an den Patienten und erbat Auskunft über sein Ergehen. Am 4. Juli kam er daraufhin persönlich zu mir und berichtete, dass er sich sehr gekräftigt fühle, sehr guten Appetit habe; dankerfüllt gegen die klinische Behandlung versicherte er wiederholt sein völliges Wohlbefinden. Die einzige Klage bezog sich auf einige Beschwerden beim Urinieren. Ein Recidiv war nicht nachweisbar, die Wunde bis auf zwei kleine, noch nässende Stellen gut vernarbt, die Harnröhrenmündung war beträchtlich geschrumpft und erschwerte den Abfluss des Urins. Das Aussehen war fast blühend zu nennen, die rechtsseitige Drüsenschwellung kaum gewachsen. — Patient kehrte in seine Heimat zurück mit der Weisung, die Harnröhrenverengerung von einem Arzte behandeln zu lassen und sich baldmöglichst der rechtsseitigen Drüsengeschwulst wegen einer Nachoperation zu unterziehen. Er wurde auf die Bedeutung derselben nachdrücklich aufmerksam gemacht.

* * *

In den ersten Tagen des September, also wiederum 2 Monate später, als diese Arbeit schon abgeschlossen war, kam der Patient abermals zu mir. Die rechtsseitige Drüsenschwellung hatte ungefähr Taubeneigrösse erreicht. Die Wundnarbe war frei von Recidiven, der Urinabfluss durch Sondenbehandlung seitens eines Arztes in Ordnung gebracht. Allgemeinbefinden vorzüglich, Aussehen gesund und kräftig. Patient kehrte mit abermaliger Weisung, die geschwollenen Drüsen exstirpieren zu lassen, in seine Heimat zurück. Er versprach, den Rat zu befolgen.

* * *

Zum Schlusse noch ein Wort über die Voraussage. Wir können recht zufrieden sein, nach so langer Zeit ein Recidiv nicht eingetreten zu sehen. Möglicherweise bleibt ja der Patient auch in Zukunft davon verschont und ist nach der Herausnahme der rechtsseitigen Geschwulst als dauernd geheilt zu betrachten; leider aber erscheint uns die andere Möglichkeit, dass über kurz oder lang die Krankheit recidiviert, weit grösser, zumal bei der grossen Ausdehnung, die sie vor der Operation erreicht hatte.

Litteratur

1) Beneke, Tagebl. der Vers. der Naturf. und Ärzte in Breslau, 74.
2) Esmarch, Archiv für klinische Chirurgie 22.
3) Van den Corput, Bullet de l'Acad. Royal de Méd. de Belgique, 83, 3. Nov.
4) Sammlung klin. Vorträge, Nr. 257, pag. 2196.
5) Med. chir. Transact. Vol. 42, III.
6) Chir. Klinik, Berlin 71—76.
7) Beiträge zur Statistik der Carcinome (Stuttgart 78, pag. 246).
8) Eulenburgs Realencyclopädie der ges. Heilkunde.
9) H. E. Schmidt, Diss., Erlangen 89/90.
10) Fähndrich, Diss., Greifswald 86/87.
11) Bausenbach, Diss., Bonn 89/90.
12) Westrum, Diss., München 86/87.
13) Bruckhaus, Diss., Bonn 86/87.
14) Jäger, Diss., Würzburg 87/88.
15) Med. Times and Gazette, Oct. 89.
16) Schmidts Jahrbücher, 184, 97.
(Amer. Journ. N. S. 142 p. 407, April 76.)
17) v. Langenbecks Archiv f. Chir. XXI, Suppl. pag. 225.
18) Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der allg. path. Anat.
Ziegler, Lehrbuch der pathol. Anatomie.